

Menschenrechte in der Pflege: was die Politik zum Schutz älterer Menschen tun muss

Mahler, Claudia

Veröffentlichungsversion / Published Version
Stellungnahme / comment

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Deutsches Institut für Menschenrechte

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Mahler, C. (2015). *Menschenrechte in der Pflege: was die Politik zum Schutz älterer Menschen tun muss*. (Policy Paper / Deutsches Institut für Menschenrechte, 30). Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-432538>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Menschenrechte in der Pflege

Was die Politik zum Schutz älterer
Menschen tun muss

Claudia Mahler



Deutsches Institut
für Menschenrechte



Impressum

Deutsches Institut für Menschenrechte

Zimmerstr. 26/27
10969 Berlin
Tel.: 030 25 93 59 – 0
Fax: 030 25 93 59 – 59
info@institut-fuer-menschenrechte.de
www.institut-fuer-menschenrechte.de

Satz:
Da-TeX Gerd Blumenstein, Leipzig

Policy Paper Nr. 30
Mai 2015

ISBN 978-3-945139-64-6 (PDF)
ISSN 1614-2195 (PDF)

© 2015 Deutsches Institut für Menschenrechte
Alle Rechte vorbehalten

Die Autorin

Dr. Claudia Mahler ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Menschenrechte. Sie ist zuständig für die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte in der Abteilung Menschenrechtspolitik Inland/Europa. Zu ihren Arbeitsschwerpunkten zählen die Menschenrechte Älterer sowohl im nationalen als auch im internationalen Kontext.

Das Institut

Das Deutsche Institut für Menschenrechte ist die unabhängige Nationale Menschenrechtsinstitution Deutschlands. Es ist gemäß den Pariser Prinzipien der Vereinten Nationen akkreditiert (A-Status). Zu den Aufgaben des Instituts gehören Politikberatung, Menschenrechtsbildung, Information und Dokumentation, angewandte Forschung zu menschenrechtlichen Themen sowie die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen. Das Institut wird vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, vom Auswärtigen Amt und von den Bundesministerien für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sowie für Arbeit und Soziales gefördert. Im Mai 2009 wurde die Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention im Institut eingerichtet.

Zusammenfassung

Seit Jahren diskutiert die deutsche Politik die Zustände in der Pflege älterer Menschen und vielfältige Verbesserungsmöglichkeiten. Es fallen Begriffe wie demografischer Wandel, die Familie als größte Pflegeinstitution der Nation, Pflegenotstand, schlechte Arbeitsbedingungen in der Altenpflege, Vereinsamung, menschenunwürdige Bedingungen und Fixierungen in Pflegeheimen.

Aus menschenrechtlicher Perspektive gibt es in der Pflege älterer Menschen nach wie vor einen großen Verbesserungsbedarf. UN-Menschenrechtsgremien haben wiederholt strukturelle Mängel in der Pflege angemahnt und auch das Deutsche Institut für Menschenrechte hat bereits 2006 detaillierte Empfehlungen für eine menschenrechtskonforme Pflege ausgesprochen.

Das Policy Paper zeichnet die pflegepolitischen Entwicklungen der vergangenen Dekade nach und untersucht, inwieweit die Menschenrechte Älterer in der Pflege nach wie vor gefährdet sind. Außerdem zeigt das Paper, dass die Menschenrechte eine geeignete Messlatte für gute Pflege darstellen und schließt mit konkreten Empfehlungen an Bund, Länder, Hochschulen und Berufsfachschulen, wie der menschenrechtliche Ansatz Verbesserungen für die Pflege Älterer bewirken kann.

Inhalt

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Einleitung..... | 5 |
| 2 | Wie viele Menschen befinden sich in Pflege? | 6 |
| 3 | Menschenrechte und Pflege in Deutschland . | 7 |
| 3.1 | Eckpfeiler eines menschenrechtlichen Ansatzes | 7 |
| 3.2 | Entwicklungen im Menschenrechtsschutzsystem | 8 |
| 3.3 | Konkrete Empfehlungen durch die UN- Vertragsausschüsse | 8 |
| 3.4 | Einzelne menschenrechtliche Verpflichtungen und die Lage in Deutschland | 9 |
| 3.5 | Die Menschenrechte der Pflegenden | 14 |
| 4 | Pflegepolitische Entwicklungen in Deutschland | 16 |
| 5 | Umsetzung früherer Empfehlungen des Deutschen Instituts für Menschenrechte .. | 19 |
| 6 | Empfehlungen | 21 |

Menschenrechte in der Pflege

Was die Politik zum Schutz älterer Menschen tun muss

1 Einleitung

Seit Jahren ist das Thema „Pflege älterer Menschen“ in der Diskussion. Einerseits macht der demographische Wandel Reformen des Pflegesystems erforderlich: Einer steigenden Zahl von pflegebedürftigen Menschen stehen immer weniger Menschen gegenüber, die professionell oder als Angehörige pflegerische Leistungen übernehmen können.¹ Andererseits stellt sich angesichts von Berichten über Zustände in Pflegeeinrichtungen, aber auch in der häuslichen Pflege, die drängende Frage: Wie können bereits heute und ausgerichtet an unterschiedlichen Formen der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (sei es eingeschränkte Mobilität, physische Hilflosigkeit oder dementielle Erkrankungen) menschenwürdige Lebensbedingungen sichergestellt werden? Das vorliegende Policy Paper untersucht, ob mit den zahlreichen Pflegereformen des vergangenen Jahrzehnts auch vermehrt ein menschenrechtlicher Ansatz in die Pflege Einzug gehalten hat.

Die Verbesserung der Situation von älteren Menschen in Pflege war wiederholt Gegenstand der Überprüfung Deutschlands durch internationale Menschenrechts-gremien. Der Ausschuss zur Überwachung des UN Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt) hatte in seinen Abschließenden Bemerkungen zu Deutschland bereits 2001 gefordert, strukturelle Mängel in der Pflege zu beseitigen.² Zehn Jahre später, im Jahr 2011, hat der Ausschuss seine Kritik an den seiner Einschätzung nach menschenrechtsverletzenden Zuständen in deutschen Pflegeheimen wiederholt und damit deutlich gemacht, dass er weiteren Handlungsbedarf zur Verwirklichung der Menschenrechte Älterer in Pflege sieht.

Das Deutsche Institut für Menschenrechte hat sich bereits 2006 in einer Studie³ mit den Rechten älterer Menschen in Pflege befasst. Sie kam zu dem Ergebnis, dass strukturelle menschenrechtliche Defizite bestehen und eine diskriminierungsfreie menschenwürdige Versorgung in Deutschland nicht flächendeckend gewährleistet ist. Aufbauend auf den Ergebnissen der Studie hatte das Institut damals empfohlen

- die Überwachungspraxis durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und die Heimaufsicht zu verbessern.
- Prüfkriterien des MDK und der Heimaufsicht an der „Pflegecharta“ auszurichten.
- die Qualitätssicherung in der Pflege im Pflegeversicherungsrecht zu verankern.
- Qualitätsprüfungsrichtlinien zur Qualitätssicherung durch den MDK zu entwickeln und hierbei den menschenrechtlichen Anforderungen hinreichend Rechnung zu tragen.
- die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen systematisch im Bundesgebiet umzusetzen.
- die Ministerien sollten Gruppen in verletzlichen Lebenslagen mehr beachten, um ein sinnvolles Pflegeangebot zu entwickeln.
- interkulturelle oder geschlechtsspezifische Aspekte bei der Ausgestaltung von neuen Pflegekonzepten zu berücksichtigen.
- einen Prozess zur Entwicklung einer nationalen Strategie zur Verbesserung der Situation von Pflegebedürftigen einzuleiten.

1 Hierzu ausführlich zur Entwicklung und möglichen Szenarien Bertelsmann Stiftung (2012): Der Themenreport „Pflege 2030“, Was ist zu erwarten und was ist zu tun?

2 Hierzu ausführlich unter 2.3.

3 Schneider, Jakob / Aichele, Valentin (2006): Soziale Menschenrechte älterer Personen, 2. Auflage, Berlin.

- Bund und Länder sollten einen nationalen Aktionsplan zur Verbesserung der Pflege erarbeiten, der eine klare Zielstellung mit verbindlichen Umsetzungsfristen und einer unabhängigen Überprüfung der Umsetzung verbindet.
- eine bundesweite Kampagne für eine menschenwürdige Pflege zu initiieren. Die Kampagne sollte dazu dienen, die Leistungen in der Pflege zu würdigen und für eine menschenwürdige Pflege zu werben.
- die Revidierte Europäische Sozialcharta zu ratifizieren und inhaltlich umzusetzen, um die Rechtsposition des Einzelnen in der Pflege zu stärken.

Nun greift das Institut die Ergebnisse der Studie von 2006 erneut auf. Das vorliegende Policy Paper beleuchtet die Weiterentwicklungen im internationalen Menschenrechtsschutz insbesondere durch die UN-Behindertenrechtskonvention und die Fortentwicklung der Menschenrechte Älterer, aber auch die Reformanstrengungen in der Pflege in Deutschland.

Die Bundesregierung hat im Koalitionsvertrag festgelegt, die Pflegereform anzugehen und das zuständige Gesundheitsministerium hat erste Schritte ergriffen. Jetzt sollen die politischen Reformen die Menschenrechte zur Messlatte guter Pflege machen und auf die Verwirklichung der Menschenrechte der pflegebedürftigen Personen und der Pflegenden abzielen. Zu diesem Zweck überprüft das vorliegende Policy Paper, inwieweit einige der 2006 ausgesprochenen Empfehlungen bereits umgesetzt wurden und was zur Verankerung eines menschenrechtlichen Ansatzes in der Pflege weiter unternommen werden muss.

2 Wie viele Menschen befinden sich in Pflege?

Das Statistische Bundesamt hat in der Pflegestatistik von 2011 2,5 Millionen Pflegebedürftige⁴ ausgewiesen,⁵ in kürzlich veröffentlichten Zahlen wird bereits von 2,63 Millionen Pflegebedürftigen in 2013 gesprochen.⁶ 65 % aller Pflegebedürftigen waren Frauen. Von den ausgewiesenen Pflegebedürftigen waren

83 % 65 Jahre und älter und 36 % waren 85 Jahre und älter. Mehr als zwei Drittel (70 % bzw. 1,76 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Davon wurden 1.182.000 Pflegebedürftige zu Hause allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 576.000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. 30 % (743.000 Personen) wurden in Pflegeheimen vollstationär betreut.⁷ Bezogen auf die Zuordnung zu den Pflegestufen hat das Statistische Bundesamt im Jahr 2011 für die Pflegestufe I 1.370.017 Personen ausgewiesen, für die Pflegestufe II 818.190 und für die Pflegestufe III 304.736 Personen. Eine Anzahl von 8.498 wurde ohne Zuordnung angeführt.⁸

Die statistischen Ämter von Bund und Ländern haben Modellrechnungen vorgenommen, um Prognosen für die Pflegequote bis ins Jahr 2050 zu erstellen.⁹ Hierbei wurden zwei Modelle vorgelegt, eines zu sinkenden Pflegequoten und das andere als „Status Quo“-Szenario. Beiden Szenarien ist gemeinsam, dass die Zahlen der Pflegebedürftigen bis 2050 ansteigen. Im Szenario „sinkende Pflegequoten“ kommt die Annahme zum Tragen, dass sich das Pflegerisiko – entsprechend der steigenden Lebenserwartung – in ein höheres Alter verschiebt. Grund ist eine prognostizierte Verbesserung des Gesundheitszustandes in den jeweiligen Altersgruppen. Im Jahr 2020 werden laut dieser Vorausberechnung ca. 2,72 Millionen Pflegebedürftige erwartet, für 2030 ca. 3,0 Millionen und für das Jahr 2050 dann 3,76 Millionen. Zum Vergleich dazu wird im „Status Quo“-Szenario ein Anstieg der Pflegebedürftigen auf 2,90 Millionen im Jahr 2020 prognostiziert und 3,37 Millionen Pflegebedürftige für das Jahr 2030. Für das Jahr 2050 wären dann 4,50 Millionen denkbar. Im Ergebnis hätte sich bei dieser Vorausberechnung die Zahl der Pflegebedürftigen im Vergleich zu heute mehr als verdoppelt.

Aufgrund des prognostizierten Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen benötigt Deutschland künftig mehr Menschen, die die Pflege übernehmen. Dies betrifft sowohl die Pflege durch Angehörige als auch die Pflege durch professionelle Pflegekräfte. 2011 arbeiteten

4 Die Pflegebedürftigkeit wurde anhand des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) definiert.

5 Statistisches Bundesamt destatis (2013): Pflegestatistik 2011, Wiesbaden.

6 Pressemitteilung des Statistisches Bundesamts destatis (2015): Wiesbaden https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/03/PD15_094_224.html

7 Daten der in 2014 erschienenen Pflegestatistik sind aus 2011.

8 Statistisches Bundesamt destatis (2013), siehe Fußnote 5, S. 24.

9 Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden, S. 29-30.

rund 952.000 Personen in der professionellen Altenpflege.¹⁰ Die Pflegenden verteilten sich auf rund 31 % (291.000) bei ambulanten Pflegediensten und 69 % (661.000) in Pflegeheimen. Vor allem infolge der Einführung der Pflegeversicherung wurden deutlich mehr Stellen in der Pflege geschaffen.¹¹

Die Zahlen belegen, dass sich die deutsche Politik dem Thema Pflege auch in den kommenden Jahren intensiv widmen muss. Dabei darf sich der Blick nicht allein auf die steigenden Zahlen Pflegebedürftiger richten. Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass die Gruppe der Älteren in Pflege heterogen ist und dass es zur Erfüllung ihrer Rechte und Bedürfnisse eines individuellen Ansatzes bedarf.

3 Menschenrechte und Pflege in Deutschland

3.1 Eckpfeiler eines menschenrechtlichen Ansatzes

Für einen menschenrechtlichen Ansatz müssen Politik und Gesetze mit den bestehenden menschenrechtlichen Verpflichtungen des Staates in Einklang sein. Handlungen und Strategien werden an Menschenrechten ausgerichtet und gemessen. Die Vorgaben der Menschenrechte sind die Messlatte für gute Pflege. Neben einzelnen Rechten – etwa dem Recht auf Gesundheit, auf Wasser und Sanitärversorgung, auf Nahrung oder dem Verbot von Misshandlung und Freiheitsentzug – müssen auch die menschenrechtlichen Prinzipien wie Gleichheit und Nicht-Diskriminierung, Partizipation und Inklusion Berücksichtigung finden. Fundament der Menschenrechte ist die Menschenwürde. Alle Menschen sind „gleich an Würde“ geboren (Artikel 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte). Menschenwürde muss man sich nicht verdienen, sie ist nicht an einen Leistungsbegriff gekoppelt und gänzlich unabhängig von der individuellen Leistungsfähigkeit einer Person – also auch unabhängig von deren Unterstützungsbedarf oder eventueller demenzieller Erkrankung.

Durch die Ratifikation verschiedener Menschenrechtsverträge hat sich Deutschland zur Umsetzung der

Menschenrechte verpflichtet. Daraus ergeben sich Achtungs-, Schutz- und Gewährleistungspflichten: Der Staat muss bei seinem eigenen Handeln die Menschenrechte der Pflegebedürftigen achten, sie vor Verletzungen durch Dritte (z.B. Träger und Personal privater Pflegeeinrichtungen) schützen und den Rahmen für menschenwürdige Pflege gewährleisten. Damit der Einzelne seine Rechte vollumfänglich wahrnehmen kann, muss der Staat einen rechtlichen Rahmen und auch Beschwerdestellen oder Gerichtsverfahren vorhalten.

Die Menschenwürde ist die verbindliche Orientierung für Recht und Politik. Menschenrechte und menschenrechtliche Prinzipien müssen folglich auch Grundlage für die Weiterentwicklungsprozesse in der Pflege sein. Um einen menschenrechtlichen Ansatz in die Pflegereform zu integrieren, müssen die Menschenrechte und ihre Prinzipien in allen Entwicklungsstadien einer Reform berücksichtigt werden. Dies bezieht auch die Konsultation der Zivilgesellschaft im Sinne einer Partizipation mit ein. Die Implementierung der Reform, die Überprüfung und die Evaluation der Pflegepolitik müssen sich ebenfalls an Menschenrechten und ihren Prinzipien messen lassen.

Menschenrechte sind Ansprüche jedes einzelnen Menschen gegen den Staat: auf Achtung, Schutz und Gewährleistung der menschenrechtlich geschützten Freiheit. Der einzelne Mensch muss daher als Rechtsträger und Rechtsträgerin im Mittelpunkt jeglicher staatlichen Politik stehen. Hieraus folgt – auch für den Bereich der Pflege – ein Paradigmenwechsel vom Hilfeempfänger und von der Hilfeempfängerin hin zu Rechteinhabenden. Der Menschenrechtsansatz verlangt, dass Menschen in verletzlichen Lebenslagen nicht diskriminiert werden, sondern tatsächlich die gleiche Möglichkeit eines selbstbestimmten Lebens haben. Der Menschenrechtsansatz umfasst dabei die Menschenrechte der Pflegebedürftigen ebenso wie die Menschenrechte der Pflegenden, etwa deren Recht auf gerechte, sichere und gesunde Arbeitsbedingungen. Der Menschenrechtsansatz bedeutet außerdem, Personen zu ermöglichen und zu befähigen, sich aktiv für die Verwirklichung der Menschenrechte einzusetzen und an der Mitgestaltung von Politik und Gesetzen teilzuhaben, die ihr Leben in der Pflege und als Pflegekräfte nachhaltig beeinflussen.

¹⁰ Statistisches Bundesamt destatis (2013), siehe Fußnote 5, Wiesbaden.

¹¹ So hat zwischen 1999 und 2011 die Zahl der bei ambulanten Pflegediensten Beschäftigten um rund 58 % (plus 107.000) und der in Pflegeheimen Beschäftigten um rund 52 % (plus 220.000) zugenommen.

3.2 Entwicklungen im Menschenrechtsschutzsystem

Einige internationale Entwicklungen haben in den letzten Jahren den menschenrechtlichen Rahmen auch für die Pflege konkretisiert, erweitert und den Paradigmenwechsel hin zum Rechtsträger gefestigt.¹² Diese Entwicklungen haben das klare Zeichen gesetzt, dass die Themen Menschenrechte Älterer und speziell Menschenrechte in der Pflege größerer Aufmerksamkeit durch die Politik bedürfen.

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)¹³ hat viele neue Impulse für den Abbau von Barrieren und für Selbstbestimmung sowie für die hierfür erforderliche Unterstützung gebracht. Die menschenrechtlich gebotene Barrierefreiheit ist für ältere Menschen in Pflege von großer Bedeutung. Die Vorgabe kommt auch in den Diskussionen zum Verbleib in der gewohnten Umgebung vermehrt zum Einsatz und ist eine Grundlage für ein Leben in der Gesellschaft.¹⁴ Für Menschen in Pflege ist die Hilfe zu einem selbstbestimmten, unabhängigen und inklusiven Leben von zunehmender Bedeutung. Der Begriff der Autonomie hat insofern – wie im übrigen auch bereits in der UN-BRK mit dem Grundsatz der assistierten Selbstbestimmung – eine zentrale Bedeutung für die volle Gewährleistung der Menschenrechte Älterer.¹⁵

Neben den Impulsen aus der UN-BRK haben sich die Staaten der Vereinten Nationen mit dem Thema Pflege von älteren Menschen auch im Rahmen der in 2010 eingeführten Offenen Arbeitsgruppe zu den Menschenrechten Älterer (Open Ended Working Group on Ageing) auseinandergesetzt.¹⁶ Das Thema Pflege wurde in jeder Sitzung der Arbeitsgruppe diskutiert (im Rahmen des Rechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit oder in Diskussionsforen zu Gewalt und Missbrauch gegen Ältere speziell in der Pflege) und aus unterschiedlichen Länderkontexten beleuchtet. Ein weiteres Thema, das von internationalen Expertinnen und

Experten wie auch der Zivilgesellschaft gesetzt wurde, war der fehlende Ausbau beziehungsweise Aufbau der Palliativpflege.

Etwas konkreter ist die Ausgestaltung des Rechts auf Pflege im Rahmen des nicht bindenden Instruments für die Stärkung der Rechte Älterer beim Europarat vorangeschritten. Das Dokument besteht aus sieben Abschnitten, der längste widmet sich der Pflege Älterer. Es gibt Unterpunkte, die die Pflege generell behandeln, in medizinischen Einrichtungen, in Pflegeeinrichtungen, zu Hause und als eigener Punkt auch Palliativpflege. Diese ausführliche Ausgestaltung zeigt, wie wichtig dieses Kapitel bei den Verhandlungen war. Die Empfehlungen sind mit Best Practices aus den Mitgliedstaaten untermauert. Das Menschenrechtsdokument wurde im Februar 2014 von den Europaratsstaaten angenommen und soll nun in den Staaten angewendet werden.¹⁷

Am 8. Mai 2014 ernannte der Präsident des Menschenrechtsrates die erste Unabhängige Expertin für die Menschenrechte von älteren Personen (Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons) für drei Jahre, Rosa Kornfeld-Matte aus Chile.¹⁸ Aus ihrer Arbeit werden wichtige Impulse zur Stärkung der Menschenrechte Älterer in Pflege erwartet.

3.3 Konkrete Empfehlungen durch die UN-Vertragsausschüsse

UN-Vertragsausschüsse, die Überwachungsgremien einzelner UN-Menschenrechtsverträge, haben im Rahmen des jeweiligen Staatenberichtsverfahrens konkrete menschenrechtliche Empfehlungen an Deutschland gerichtet. Beispielsweise hat der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte¹⁹ in seinen letzten Abschließenden Bemerkungen 2011 tiefe Besorgnis darüber geäußert, dass Deutschland keine hinreichenden Maßnahmen zur Verbesserung der Lage

12 Mégret, Frédéric (2011): The Human Rights of Older Persons: A Growing Challenge. Human Rights Law Review 1, S. 37–66; Mahler, Claudia (2013): Menschenrechte: Keine Frage des Alters? Berlin; Sciubba Dabbs, Jennifer (2014): Explaining Campaign Timing and Support for a UN Convention on the Rights of Older People, The International Journal of Human Rights, S. 1–14.

13 In Kraft getreten in Deutschland am 26.3.2009, BGBl 2008 II, 1419. Bielefeldt, Heiner (2009): Zum Innovationspotential der UN-Behindertenrechtskonvention, Berlin, S. 10f.

14 Diese Forderung findet sich ebenfalls im BAGSO-Positionspapier (2014): zur Weiterentwicklung in der Pflege, Bonn, S. 2.

15 Klie, Thomas (2014): Demenzbetroffenen zu ihrem Recht verhelfen!, demenz: Leben, S. 20–21.

16 <http://social.un.org/ageing-working-group/> (Stand: 06.03.2015).

17 Recommendation CM/Rec (2014) 2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of the human rights of older persons. Die Empfehlungen sind noch nicht in Deutscher Sprache verfügbar. http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/other_committees/cddh-age/Document_CDDH_AGE/CMRec%282014%292_en.pdf (PDF, 273 KB). (Stand: 06.03.2015).

18 Für weitere Informationen siehe: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/IE/Pages/IEOlderPersons.aspx>. (Stand: 06.03.2015).

19 UN Sozialpaktausschuss (2011), Abschließende Bemerkungen zu Deutschland, Sechshundvierzigste Tagung, Genf, 2. – 20. Mai 2011, UN-E/C.12/DEU/CO/5, 12. Juli 2011, Ziff. 27.

in den Pflegeheimen ergriffen hat, in denen ältere Menschen Berichten zufolge in menschenunwürdigen Verhältnissen leben und wegen eines Mangels an Fachkräften und der unzulänglichen Anwendung von Pflegevorschriften nach wie vor keine angemessene Pflege erhalten. Der Ausschuss fordert Deutschland nachdrücklich auf, unverzüglich Schritte zur Verbesserung der Lage älterer Menschen in Pflegeheimen zu unternehmen und die notwendigen Mittel zur Ausbildung von Pflegepersonal gemäß den kürzlich angenommenen Ausbildungsvorschriften bereitzustellen. Außerdem mahnte der Ausschuss häufigere und gründlichere Kontrollen von Pflegeheimen an.

Der Menschenrechtsausschuss als Vertragsorgan des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte hat Deutschland 2012²⁰ aufgefordert, wirkungsvolle Maßnahmen zur vollständigen Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen zur Verwendung von körperlichen Zwangsmaßnahmen umzusetzen. Ebenso wiederholte er die Empfehlung, Pflegepersonal besser auszubilden und ein flächendeckendes Monitoring in Pflegeheimen einzuführen. Bereits 2004 hatte er angemahnt, die Situation von Älteren in Pflegeheimen zu verbessern, sodass es nicht zu herabwürdigenden Handlungen komme und Gefährdungsrisiken unterbunden werden.²¹

3.4 Einzelne menschenrechtliche Verpflichtungen und die Lage in Deutschland

Das Thema Pflege in all ihren Formen, häusliche, ambulante und stationäre Pflege, ist schon seit längerem in den fachlichen wie den öffentlichen Diskussionen

wiederkehrend zu finden.²² Menschenwürdige Pflege wird oft als Stichwort genannt, Menschenrechte als staatliche Verpflichtungen kommen in den Diskussionen allerdings kaum vor.²³ Erwähnung finden lediglich einzelne menschenrechtliche Prinzipien wie Inklusion oder Partizipation bei der Weiterentwicklung von Pflegekonzepten. So wird die Teilhabe von Menschen in Pflege gefordert²⁴ sowie das Überdenken von neuen Wohnformen zur Inklusion von Menschen in Pflege. Menschenrechte werden meist nur im Kontext von Menschenrechtsverletzungen erwähnt. Dies erfolgt insbesondere im Zusammenhang mit Gewalt oder Misshandlungen in der Pflege: Hier werden die Verletzungen der Rechte vereinzelt schon seit vielen Jahren aufgezeigt und Abhilfe angemahnt.²⁵ Welche Bedeutung die Menschenrechte konkret für die Ausgestaltung der Pflege und der Pflegepolitik haben, soll anhand einiger Beispiele erläutert werden.

Pflegebedürftige Menschen sind in ihren wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten (beispielsweise das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit), aber auch in ihren bürgerlichen und politischen Rechten (etwa das Recht auf Leben, auf Schutz vor Gewalt und Misshandlung) von Verletzungen bedroht. Diese Rechte sind durch verbindliche völkerrechtliche Verträge, insbesondere durch die beiden UN-Pakte (UN-Sozialpakt²⁶ und UN-Zivilpakt²⁷) verbürgt und als justiziable Rechte anerkannt.²⁸ Die Interdependenz der Menschenrechte zeigt sich im Bereich der Pflege in vielfältiger Weise. Beispielsweise ist der Einzelne ohne ausreichend Nahrung und Flüssigkeit oft nicht mehr in der Lage, seinen Willen zu artikulieren und seine Meinung kundzutun. Ebenso kommt der Wille nicht zum Tragen und die Meinung wird nicht vernommen, wenn der Mensch aufgrund sei-

20 UN Menschenrechtsausschuss (2012): Abschließende Bemerkungen zu Deutschland, UN Doc CCPR/C/DEU/CO/6, vom 2012, Ziff. 15.

21 UN Menschenrechtsausschuss (2004): Abschließende Bemerkungen Deutschland UN Doc ICCPR/CO/80/DEU vom 04.05.2004, Ziff. 17.

22 Klie, Thomas (2014): Wen kümmern die Alten – Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft, München, ab S. 68ff.

23 Christophersen, Alf (2013): Der Mensch kommt als Anfang in die Welt, Würde und Rechte des Einzelnen auf dem Prüfstand. In: Zeitschrift für Gerontologie und Ethik 2, S. 9–23; Fix, Elisabeth / Kurzke-Maasmeier, Stefan (Hg.) (2009): Das Menschenrecht auf gute Pflege. Freiburg i. B.

24 Antworten der CDU und CSU in Bayern auf die Fragen des Bündnisses für gute Pflege 1. Teilhaberecht älterer und pflegebedürftiger Menschen; http://www.buendnis-fuer-gute-pflege.de/fileadmin/user_upload/gesendete_bilder/dateiupload/B%C3%BCndnis_f%C3%BCr_gute_Pflege__2_.pdf (PDF, 150 KB) (Stand: 06.03.2015); Stoffer, Franz J. (2009): Selbstbestimmte Teilhabe. Was sich in den Pflegeheimen ändern muss. Das Beispiel der SBT Hausgemeinschaften. In: Fix, Elisabeth / Kurzke-Maasmeier, Stefan (Hg.): Das Menschenrecht auf gute Pflege, a. a. O. (Anm.23), S. 57–70.

25 Siehe beispielsweise Fussek, Claus / Schober, Gottlob (2013): Es ist genug! Auch alte Menschen haben Rechte; Moritz, Susanne (2013): Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen, Baden-Baden; Koalition kritisiert Klage gegen Pflegegemisstände, 24. April 2014, <http://de.reuters.com/article/domesticNews/idDEKBN0DA0V720140424> (Stand: 06.03.2015)

26 BGBl. II 1973/428, 1570.

27 BGBl. II 1973, 1533.

28 Schneider, Jakob (2004): Die Justiziabilität der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte, Berlin; Scheinin, Martin (2001): Economic and Social Rights as Legal Rights, In: Eide Asborn / Krause Catharina / Rosas Alan (Hg.), Economic, Social and Cultural Rights, Den Hague et al, S. 29–54; Coomans, Fons (Hg.) (2006): Justiciability of Economic and Social Rights: Experiences from Domestic Systems, Antwerpen; Mahler, Claudia (2013): Wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte sind einklagbar, AnwBl 4, S. 245–248; Trilsch, Mirja A. (2012): Die Justiziabilität wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Rechte im innerstaatlichen Recht, Heidelberg u. a.

ner Pflegebedürftigkeit oder mangelnder Mobilität isoliert ist und keine Teilhabemöglichkeiten an der Gemeinschaft und der Gesellschaft anderer hat. Ein explizites Menschenrecht auf Pflege ist zwar regional in menschenrechtlichen Dokumenten geregelt, allerdings hat Deutschland die Revidierte Europäische Sozialcharta noch nicht ratifiziert.²⁹ In die internationalen Menschenrechtsverträge wurde bisher keine explizite Regelung zur Pflege aufgenommen. Pflegebedürftigkeit als Lebenslage ist jedenfalls bei Auslegung der Verpflichtungen aus den allgemeinen menschenrechtlichen Verträgen, die für Deutschland verbindlich sind, zu berücksichtigen.

Recht auf Gesundheit

Art. 12 Abs. 1 UN-Sozialpakt regelt das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit. Zur Erreichung eines Höchstmaßes an Gesundheit muss der Staat eine Reihe von Grundvoraussetzungen gewährleisten, die auch für die menschenwürdige Pflege Älterer von großer Bedeutung sind: eine den freien Willen und die Eigenständigkeit älterer Menschen achtende Behandlung, eine angemessene Ernährung und Versorgung mit Trinkwasser, adäquate sanitäre Anlagen, die Achtung der körperlichen Unversehrtheit, eine angemessene Unterbringung pflegebedürftiger älterer Menschen und nicht zuletzt eine gute Ausbildung sowie angemessene Arbeitsbedingungen und Bezahlung des Kranken- und Pflegepersonals.³⁰

In seinen Allgemeinen Bemerkungen (2000)³¹ zum Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit (Art. 12 UN-Sozialpakt) führt der Ausschuss in einem eigenen Absatz seine Überlegungen zur Gesundheit von älteren Menschen aus und verweist speziell bei Nicht-Diskriminierung darauf, dass der Staat Vorkehrungen für ältere Menschen in verletzlichen Lebenslagen treffen muss, damit sie ihr Recht vollumfänglich wahrnehmen können. Der Ausschuss führt in Absatz 25 aus, dass

es auf eine kombinierte Herangehensweise ankommt, die sowohl Prävention und Rehabilitation in den Blick nehmen als auch auf die Bedürfnisse der Geschlechter bei Vorsorgeuntersuchungen eingehen muss. Zum Bereich Pflege wird ausdrücklich formuliert, dass auf die Bedürfnisse von Personen in Pflege eingegangen werden muss und insbesondere bei chronisch kranken und sterbenskranken Menschen darauf geachtet werden soll, dass sie so wenig Schmerzen wie möglich erleiden und ihnen ermöglicht wird, in Würde zu sterben.³²

Ein zentrales Problem bei der Pflege in Deutschland ist die Vermeidung und Behandlung von Druckgeschwüren (Dekubitus). Der Vierte Pflegequalitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.³³ berichtet, dass es im Vergleich zum Dritten Bericht³⁴ Verbesserungen im Bereich der Vermeidung von Druckgeschwüren gegeben habe. Dennoch wurde die Dekubitusprophylaxe in 24,4 % (3. Bericht: 25,5 %) der Fälle versäumt oder nicht ausreichend umgesetzt. Nicht jedes Druckgeschwür ist vermeidbar, aber dass offensichtlich bei einem beträchtlichen Anteil von Betroffenen keine oder unzureichende Maßnahmen zum Lagerungswechsel ergriffen wurden, obwohl seit vielen Jahren ein Expertenstandard vorliegt, lässt auf systemische Mängel schließen. Da die Betroffenen bei einem Druckgeschwür starke Schmerzen erleiden, werden sie in ihrem Menschenrecht auf ein Höchstmaß an Gesundheit verletzt. Großer Verbesserungsbedarf wurde auch im Vierten Bericht für den Bereich des Medikamentenmanagements sowie der Schmerzerfassung und des -managements festgestellt³⁵ – auch dies Verletzungen des Menschenrechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit.

Das Recht für die Erreichung eines Höchstmaßes an Gesundheit überschneidet sich mit anderen Menschenrechten wie beispielsweise dem Recht auf einen

29 Das Recht älterer Menschen auf Pflege wird auf regionaler Ebene mehr oder weniger explizit in Artikel 23 Revidierte Europäische Sozialcharta, Artikel 26 der Europäischen Grundrechtecharta, in Artikel 17 des Zusatzprotokolls zum Amerikanischen Übereinkommen über Menschenrechte im Bereich der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte und in Artikel 18 Absatz 4 der Afrikanischen Charta der Menschenrechte und Rechte der Völker anerkannt.

30 Schneider, Jakob / Aichele, Valentin (2006): Soziale Menschenrechte älterer Personen, siehe Fußnote 3.

31 Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.) (2005): Die „General Comments“ zu den VN-Menschenrechtsverträgen, Baden-Baden, S. 285–313.

32 Ausschuss über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Allgemeine Bemerkung Nr. 14 (2000), UN Doc. E/C.12/2000/4, 11. August 2000, Absatz 25, mit Verweis auf die Absätze 34 und 35 der Allgemeinen Bemerkung Nr. 6 (1995) zu Älteren Personen.

33 MDS (2014), 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, Essen, http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDS_Vierter_Pflege_Qualitaetsbericht.pdf (PDF, 564 KB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015).

34 Die Rate an auftretenden Druckgeschwüren liegt ohne vorkehrende Maßnahmen bei 7,4% und damit deutlich höher als mit Durchführung der Prophylaxe. MDS (2012) 3. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, Essen, http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDS_Dritter_Pflege_Qualitaetsbericht_Endfassung.pdf (PDF, 2,3 MB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015).

35 4. Bericht des MDS (2014), siehe Fußnote 33, S. 26–27.

angemessenen Lebensstandard in Art. 11 des UN-Sozialpakts.³⁶ Hier finden sich auch die Rechte auf ausreichend Nahrung, Wasser und Sanitärversorgung sowie auf angemessenen Wohnraum. 8,7 % der Menschen in Pflege in stationären Einrichtungen, bei denen eine Einschränkung vorlag, bekamen keine ausreichenden Hilfen zur Flüssigkeitsaufnahme.³⁷ Eine unzureichende Flüssigkeitsversorgung führt zu Verletzungen des Rechts auf Wasser und kann auch zur Verletzung des Rechts auf Gesundheit führen.

Recht auf Freiheit von Gewalt

Personen in Pflege haben ein erhöhtes Risiko, Opfer von Gewalt und Misshandlungen zu werden.³⁸ Der Schutz vor Übergriffen ist im Recht auf Leben und im Recht auf Schutz vor Gewalt und Misshandlungen enthalten, die im Pakt über bürgerliche und politische Rechte verbrieft sind. Schwere körperliche und seelische Erkrankungen kommen im fortgeschrittenen Alter vermehrt vor. Sie führen aufgrund mangelnder Mobilität, fehlender Kommunikationsmöglichkeiten, zunehmender Hilflosigkeit und der Abhängigkeit von den Pflegenden zu einer Erhöhung des Gefährdungsrisikos: Sei es im häuslichen Bereich in der familialen Pflege, mit Unterstützung von Pflegediensten im sogenannten „sozialen Nahraum“ oder in stationären Einrichtungen. Dennoch gibt es kaum verlässliches Datenmaterial, da viele Taten im Verborgenen geschehen und die Übergriffe weder von den Opfern noch von Pflegepersonal oder Familienangehörigen

angezeigt werden.³⁹ Die Hemmschwellen, sich bei Anzeichen von Missbräuchen an interne oder offizielle Stellen zu wenden, sind groß. Die Einrichtungen fürchten um ihren Ruf, das Pflegepersonal hat Angst, seine Stellung zu verlieren. Viele Angehörige nehmen Abstand von Beschwerden, weil sie Nachteile für die Gepflegten und eine Verschlechterung der Situation befürchten.⁴⁰ Nachbarn fehlt oft das Wissen, an wen sie sich wenden können und der Polizei sind speziell im häuslichen Bereich die Hände gebunden, da die Pflegebedürftigen die Aussagen der Nachbarn oft nicht bestätigen. Hinzu kommt, dass die Vernetzung zwischen Polizei und den Hilfeleistungseinrichtungen gering ist.⁴¹

In der Pflegepraxis können neben körperlicher Gewalt außerdem verschiedene andere Misshandlungen vorkommen: Verabreichungen von Medikamenten ohne Einwilligung, verbale Misshandlungen und Vernachlässigungen.⁴² Trotz weniger Daten⁴³ ist aufgrund der wiederkehrenden Diskussionen und Berichte davon auszugehen, dass Gewalt gegen ältere Menschen nach wie vor kein vereinzelter Problem ist.⁴⁴ Daher ist ein präventiver Ansatz notwendig, um aktiv gegen Misshandlung vorzugehen.⁴⁵

Bislang gibt es nur wenige präventive Angebote. Außerdem sind Beschwerdemöglichkeiten für Opfer von Gewalt in der Pflege noch nicht flächendeckend vorhanden.⁴⁶ Die Kontrollmöglichkeiten sind nicht ausreichend, die Heimaufsichten unterbesetzt. Der

36 Ausführlich: Saul, Ben et al (Hg.) (2014): The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Commentary, Oxford, Art. 11, S. 861ff.

37 4. Bericht des MDS (2014), Fn. 33, S. 32. Der 4. Bericht des MDS (2014) stellt klar, dass die Dehydrierung bei den zur Verfügung stehenden Mitteln schwer feststellbar ist, aber im Vergleich zum 3. Bericht Verbesserungen erkennbar sind. Der 3. Bericht des MDS (2012) S. 16: In 23,7 % wurde vom MDS die Flüssigkeitsversorgung als nicht angemessen bewertet.

38 Kreuzer, Arthur (2014): Missstände in der Heimpflege – Reform der Pflege und Pflegekontrolle, ZRP 6, S.174–177, S. 174.

39 Rabold, Susann / Görgen, Thomas (2013): Abuse and neglect of older care recipients in domestic settings – results of a survey among nursing staff of home care services in Hanover, Journal of Adult Protection, Vol. 15 No. 3, S. 127–140, S. 128; die weiteren statistischen Daten werten Ältere als Opfer von Misshandlungen nicht aus, hierzu Görgen, Thomas (2004): Ältere Menschen als Opfer polizeilich registrierter Straftaten, KFN Research Report No. 93, Hannover.

40 Hierzu auch: Kreuzer, Arthur (2014): Missstände in der Heimpflege, siehe Fußnote 38, S. 175; Rabold, Susann / Görgen, Thomas (2013): Abuse and neglect of older care recipients in domestic settings, Fn. 39, S. 128.

41 Hierzu ausführlich: Zenz, Gisela (2014): Gewaltschutz im Alter – Ethik und Recht vor neuen Herausforderungen, In: FS Gerd Brudermüller, Familie – Recht – Ethik, S. 953–962, S. 957.

42 Rabold, Susann/ Görgen, Thomas (2013): Abuse and neglect of older care recipients in domestic settings, siehe Fußnote 39, S. 135; Klie, Thomas (2011): Eingeschlossen und fixiert in der eigenen Häuslichkeit – Fachliche und rechtliche Dilemmata eines tabuisierten Pflegegthemats, Freiburg, http://www.redufix.de/html/img/pool/Schwester_Pfleger_ReduFix_Ambulant_Eingeschlossen_und_fixiert_in_der_eigenen_Haueslichkeit.pdf (PDF, 132 KB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015).

43 FORSA (2014): ZQP-Bevölkerungsbefragung „Aggression und Gewalt in der Pflege“, 1. Juli 2014, <http://zqp.de/upload/content.000/id00148/attachment02.pdf> (PDF, 243 KB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015).

44 BMFSFJ (Hg.), Görgen, Thomas, et al. (2012): Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. S. 24ff. http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Kriminalit_C3_A4ts-und-Gewalterfahrungen-_C3_84lterer,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf (PDF, 956 KB) (Stand: 06.03.2015); Görgen,Thomas / Greve, Werner (2005): Gewalt gegen alte Menschen – Stand der Forschung. In: Walter, Michael (Hg.), Alter – ein Risiko?, Münster, S. 53–72, S. 57.

45 Hierzu beispielsweise: Hirsch, Rolf D. (2007): Gewalt und Misshandlung in Pflegeeinrichtungen. In: Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.): Prävention von Folter und Misshandlungen in Deutschland, Baden-Baden, S. 288ff.

46 Kreuzer, Arthur (2014): Missstände in der Heimpflege, a.a.O. (Anm.38), S. 174.

MDK prüft Pflegequalität hauptsächlich anhand der Pflegedokumentation. Für das Vorkommen von Gewalt, insbesondere im Bereich der häuslichen Pflege, gibt es kein Instrumentarium.⁴⁷ Denn bislang fehlen Rechtsgrundlagen für eine hilfeorientierte Intervention zum Wohle alter Menschen, die gegen den Willen der Pflegenden durchsetzbar wäre. Es bestehen keine Ermittlungs- und Maßnahmenkompetenzen wie beispielsweise im familienrechtlichen Kinderschutz, weshalb Beratungs- und Hilfebemühungen scheitern, wenn diese durch die pflegenden Angehörigen abgelehnt und der Zugang zur pflegebedürftigen Person verweigert wird.⁴⁸

Schutz vor willkürlichem Freiheitsentzug

Ein weiteres menschenrechtliches Problem in der Pflege in Deutschland ist der Einsatz freiheitsentziehender oder –beschränkender Maßnahmen. Der Schutz vor willkürlichem Freiheitsentzug ist in Art. 9 Zivilpakt und Art. 5 EMRK garantiert; dieses Recht wird aber im Pflegealltag oft nicht berücksichtigt. Freiheitsbeschränkungen erfolgen meist durch Bettgitter oder Gurte an Rollstühlen; ein tiefer Sessel oder ein vorgestellter Tisch können bei in der Mobilität eingeschränkten Menschen Ähnliches bewirken.⁴⁹ Auch der Einsatz von Medikamenten sowie das Abschießen von Stationen oder Abteilungen in Pflegeeinrichtungen oder Zimmern in der privaten Wohnung führen zu einer Einschränkung der Bewegungsfreiheit bis hin zur Freiheitsentziehung.⁵⁰ Eine Fixierung ist eine Freiheitsberaubung (§ 239 StGB) und generell verboten. Pfleger und Ärzte können nicht ohne Einwilligung der Betroffenen oder richterliche Genehmigung durch ein Betreuungsgericht (§1906 Abs. 4 BGB) über sie entscheiden.⁵¹ Das Gericht muss jeden Einzelfall genau

prüfen. Die Zahl der genehmigten Fixierungen betrug 2013 75.727 bei nur 8.368 abgelehnten Anträgen.⁵² Wie viele der ungefähr 700.000 Pflegeheimbewohner in Deutschland regelmäßig fixiert werden, ist nicht abschließend erfasst. Der 4. Pflegequalitätsbericht des MDS (2014) fasst zusammen, dass die Zahl der Fixierungen von 20 % (2012) auf 12,5 % (2014) zurückgegangen ist und in 91,9 % der Fälle richterliche Genehmigungen vorlagen.⁵³ Dies ist eine positive Entwicklung, zeigt allerdings auch, dass immer noch Fixierungen ohne richterliche Genehmigung vorgenommen werden. Auch bei der Qualität der richterlichen Entscheidungen besteht Verbesserungsbedarf, da die Fixierung meist zum Schutz vor Stürzen genehmigt wird, obwohl der Nutzen für den Patienten nicht nachgewiesen ist.⁵⁴

Recht auf Autonomie

In Situationen der Pflege- und Hilfebedürftigkeit sind ältere Menschen von Einschnitten in ihre Autonomie betroffen.⁵⁵ Die individuelle Autonomie eines Individuums umfasst die Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen und seine Unabhängigkeit auszuleben, wie dies in Art. 3 der BRK verbrieft wurde. Im Bereich der Pflege geht es häufig um ein Spannungsverhältnis zwischen Schutz und Autonomie. Die Pflege- und Hilfsangebote in Institutionen und im privaten Umfeld können negative Auswirkungen auf die Selbstbestimmung Älterer haben, wenn der Schutz im Vordergrund steht. Der Vierte Pflegequalitätsbericht merkt an, dass die Einrichtungen stärker darauf achten sollten, die Selbstständigkeit beim Toilettengang zu fördern und nicht – wie derzeit der Fall – zu Windel- oder Katheterversorgung zu greifen, obwohl dies nicht nötig wäre.⁵⁶ Die mangelnde Unterstützung beim Toilet-

47 Zenz, Gisela (2014): Gewaltschutz im Alter, siehe Fußnote 41, S. 957; Zenz, Gisela (2007): Autonomie und Abhängigkeit – familienrechtliche Schutzbelange im Alter. In: Igl, Gerhard / Klie, Thomas (Hg.): Das Recht der älteren Menschen, S. 131-172, S. 152 ff.

48 Zenz, Gisela (2014): Gewaltschutz im Alter, siehe Fußnote 41, S. 957f.

49 Möhler, Ralf / Meyer, Gabriele (2013): Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. In: International Journal of Nursing Studies; Volume 51, Issue 2, Pages 274-288.

50 Siehe Brucker, Uwe (2011): Pflegefachliche Fürsorge oder verselbständigte Routine. Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Heimen und Genehmigungspraxis der Betreuungsgerichte. In: Pro Alter, Januar/ Februar, S. 47-53.

51 Nach dem neusten Beschluss des Bundesgerichtshofs (BGH, XII ZB 24/12) muss eine Fixierung auch dann richterlich genehmigt werden, wenn der Patient im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte eine Vorsorgevollmacht über pflegerische Maßnahmen im Bedarfsfall an einen Betreuer abgegeben hat.

52 Bundesjustizamt (2013): Auswertung Betreuungsrecht Daten zu § 1906 Abs. 4 BGB. Die Zahlen weisen einen Rückgang der genehmigten FEM aus und die Ablehnungen haben sich gegenüber dem Jahre 2010 erhöht. (2010: 98.119 genehmigte FEM und 7.902 Ablehnungen). https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Betreuungsverfahren.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (PDF, 106 KB) (Stand: 06.03.2015).

53 4. Pflegequalitätsbericht des MDS (2014), siehe Fußnote 33, S. 10.

54 Köpke, Sascha / Mühlhauser, Ingrid / Gerlach, Anja / Haut, Antonie / Haastert, Burkhard / Möhler, Ralf / Meyer, Gabriele (2012): Effect of a Guideline-based Multi-Component Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes. A Cluster Randomized Controlled Trial. In: JAMA.

55 Kümpers, Susanne / Zander, Michael (2012): Der Autonomiebegriff im Kontext von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und sozialer Benachteiligung. In: Kümpers, Susanne / Heusinger, Josefine (Hg.), Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf, Bern, S. 21-38.

56 Siehe PM zum 4. Pflegequalitätsbericht des MDS (2014): <http://www.mds-ev.de/4454.htm> (Stand: 06.03.2015).

tengang führt zu Verletzungen der Autonomie älterer Menschen in Pflege.⁵⁷

Die Empfehlung des Vierten Pflegequalitätsberichts entspricht dem in der UN-BRK statuierten Prinzip der assistierten Autonomie. In der Praxis ist ein Umdenken von Schutzbefohlenen/Fürsorgeempfangenden hin zu Rechtstragenden noch nicht vollständig vollzogen. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass älteren Menschen, die lediglich in einigen Bereichen Unterstützung benötigen, ein individueller Lebensstil abgesprochen wird und sie nicht selbst entscheiden können, wann sie beispielsweise aufstehen, gewaschen werden, essen oder mit Assistenz an die frische Luft wollen.⁵⁸

Seit Bestehen der UN-BRK sind die Diskussionen, dass Ältere auch mit Demenz ihre Rechte selbst wahrnehmen können und die hierfür anfallende Unterstützung erhalten müssen, wieder stärker in die Öffentlichkeit gelangt.⁵⁹

Recht auf Soziale Sicherheit

Das Recht auf soziale Sicherheit, wie es in Art. 9 des UN-Sozialpaktes verbrieft ist, spielt auch in der Pflege Älterer eine Rolle, denn Pflege muss für den Einzelnen bezahlbar sein. Der Zugang zum Recht auf soziale Sicherheit beinhaltet den Zugang zum Sozialversicherungssystem, der diskriminierungsfrei gewährt werden muss. Die Staaten sind verpflichtet, für jedes Individuum ein menschenwürdiges Existenzminimum zur Verfügung zu stellen. Dazu gehört auch die medizinische Versorgung. Wenn Angehörige (häufig Frauen) die Rolle der Pflegenden übernehmen, können sie in dieser Zeit oft nicht für ihre eigene soziale Sicherheit im Alter vorsorgen. Diese

Ressourcen fehlen ihnen dann, wenn sie selbst zum Pflegefall werden.

Diskriminierungsfreiheit und Inklusion

Für alle Älteren muss ein diskriminierungsfreier inklusiver Zugang zu Pflegeleistungen geschaffen werden, wie von menschenrechtlichen Konvention (UN- Sozialpakt, CEDAW, BRK) vorgeschrieben. Außerdem müssen die Pflegeleistungen auf die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sein, sei es aufgrund ihres Migrationshintergrundes, ihrer sexuellen Orientierung, ihres Geschlechts oder einer Behinderung. Zu einer diskriminierungsfreien Pflege gehören vier empirisch überprüfbare Elemente: Verfügbarkeit (availability, es muss ausreichend Pflegeangebote geben), Zugänglichkeit (accessibility, frei von Barrieren aller Art, auch örtlich vorhanden), Annehmbarkeit (acceptability, beispielsweise geschlechtsspezifische Pflege) und Anpassungsfähigkeit (adaptability, das Konzept muss sich an Pflegebedürftige mit Demenz und Migrationshintergrund anpassen lassen). Nur so kann eine passgenaue Pflege für jeden Menschen entstehen.

Prognosen zufolge sind Menschen mit Migrationshintergrund die am stärksten wachsende Gruppe der Älteren. Sie werden in Zukunft eine vermehrte pflegerische Unterstützung benötigen, da auch in ihrem Umfeld die familiäre Pflege zurückgehen wird.⁶⁰ Im Zuge dieser Prognosen wurde konstatiert: Zwar bestehen einzelne, regional sehr begrenzte Initiativen, aber keine bundesweite politische Strategie.⁶¹ Bisher wurden lediglich vereinzelt Pilotprojekte für eine kultursensible Pflege ins Leben gerufen.⁶² Für eine bundesweite Befassung mit dem Thema Gesundheitsversorgung in der Einwanderungsgesellschaft hat die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und

57 Eine andere Meinung vertritt der EGMR. Er urteilte im Fall McDonald vs. UK, dass es einer heute 70-jährigen Britin zuzumuten ist, nachts in ein Inkontinenzkissen zu urinieren und die Ablehnung der Bereitstellung einer Pflegekraft für den nächtlichen Toilettengang keinen Menschenrechtsverstoß darstellt. Zwar sei die Klägerin in ihrem Recht auf Privatleben betroffen, weil sie Inkontinenzkissen verwenden muss, obwohl sie gar nicht inkontinent ist. In Abwägung mit den wirtschaftlichen Interessen von Staat und Gesellschaft müsse sie dies aber hinnehmen. Nach dem Urteil dürfen Staaten Pflegebedürftigen gewisse Unannehmlichkeiten zumuten, um dem Steuerzahler und der Solidargemeinschaft Geld zu sparen. Urteil vom 20.05.2014; EGMR Az.: 4241/12 <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-144115#%22itemid%22%5B%22001-144115%22%5D> (Stand: 06.03.2015).

58 Bredthauer, Doris / Klie, Thomas / Viol, Madeleine (2009): Entscheidungsfindung zwischen Sicherheit und Mobilitätsfindung. In: BtPrax, 1, S. 18-24.

59 Klie, Thomas (2014): Demenzbetroffenen zu ihrem Recht verhelfen!, siehe Fußnote 15, S. 20-21.

60 Bundesministerium für Gesundheit (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetz“, S. 133, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf (PDF, 1,8 MB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015); Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration (2011): Zweiter Integrationsindikatorenbericht.

61 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel, S. 91, 92, http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile (PDF, 958 KB) (Stand: 06.03.2015).

62 Projekt des BMFSFJ, Handbuch für eine kultursensible Altenpflege (2005): http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/handbuch-einf_C3_BChrung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf (PDF, 759 KB) (Stand: 06.03.2015).

Integration das Schwerpunktjahr „Gesundheit“ erst kürzlich ausgerufen.⁶³

Für eine diskriminierungsfreie Pflege müssen sich Pflegeinstitutionen besser auf die Bedarfe der zukünftigen älteren pflegebedürftigen Menschen einrichten. Auch bei Älteren mit Migrationshintergrund muss künftig individuell auf ihr Geschlecht, ihre sexuelle Orientierung oder ihre Religiosität eingegangen werden. Dabei geht es nicht allein um den sprachlichen Zugang und Kultursensibilität, sondern auch um die Überwindung von Vorurteilen und Zuschreibungen. Es gilt, einen institutionellen Rahmen für inklusive Pflege zu Hause oder in Pflegeeinrichtungen zu schaffen, der jeder Person die Möglichkeit bietet, an der Gemeinschaft teilhaben und seine Menschenrechte ausüben zu können. Dass die zukünftigen Älteren noch heterogener sein werden, haben wissenschaftliche Studien schon frühzeitig prognostiziert.⁶⁴ Jetzt gilt es, auch von politischer Seite den Rahmen zu schaffen, dass tragfähige Konzepte in die Praxis umgesetzt werden können.⁶⁵ Hierfür müssen noch vielfältige Barrieren abgebaut werden, die beispielsweise in Vorurteilen, der ungeprüften Zuschreibung bestimmter Eigenschaften zu einer Person oder in der Sprache bestehen können.

Ältere Menschen mit Behinderungen

Die Situation älterer Menschen mit Behinderungen in der Pflege stand bisher zu wenig im Fokus, gewinnt aber durch die UN-BRK an Aufmerksamkeit. Dies ist auch am Teilhabebericht der Bundesregierung zu erkennen, der diese Belange aufgreift.⁶⁶ Hinzu kommt, dass körperliche Beeinträchtigungen im hohen Alter zunehmen und dadurch der Pflegebedarf ansteigt.

Auch ältere Menschen mit Behinderungen wurden als Gruppe mit neuen Herausforderungen im Bereich der Pflege erkannt. Dies liegt auch hier am demografischen Wandel. Menschen mit Behinderungen erreichen heute unter anderem aufgrund des medizi-

nischen Fortschritts durchschnittlich ein höheres Alter⁶⁷ und benötigen neu angepasste Pflege- und Unterstützungskonzepte. Dies liegt daran, dass die Pflege bei jüngeren Menschen mit Behinderungen oft in den Alltag und die bestehenden Strukturen integriert ist. Dies gilt beispielsweise für Werkstätten. Nach dem Ende ihres Berufslebens brauchen ältere Menschen mit Behinderungen, speziell mit psychischen Behinderungen, neue Optionen, wie ihr Alltag strukturiert werden kann. Da Wohngemeinschaften bisher nicht ausreichend auf ältere Menschen mit Behinderungen ausgerichtet sind, muss unter Umständen ein Wohnungswechsel vollzogen werden. Hierbei ist zu bedenken, dass die Wohnung Rückzugsort ist und das Recht auf Privatsphäre gewährleistet sein muss. Ebenso sollen das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft und auf ausreichend Wohnraum Berücksichtigung finden. Die veränderten Pflegebedürfnisse, die altersbedingt hinzukommen können, müssen bedacht und in einen Tagesablauf einbezogen werden, falls notwendig mit Assistenzleistungen.

Da Menschen mit einer Behinderung während ihres Erwerbslebens in den Werkstätten keinen auskömmlichen Lohn erhalten, haben sie keine Möglichkeit, privat für die Pflege im Alter vorzusorgen. Sie sind also nicht in der Lage, mit eigenen finanziellen Mitteln zur Verbesserung ihrer Pflegesituation im Alter beizutragen. Ihr Recht auf Gesundheit ist speziell beim Zugang zu Gesundheitsleistungen, Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit Behinderung in Gefahr.⁶⁸

3.5 Die Menschenrechte der Pflegenden

Pflegende spielen in einem menschenrechtlichen Ansatz eine Doppelrolle: Einerseits können sie durch gute Ausbildung und Arbeitsbedingungen zu Garanten der Menschenrechte der Pflegebedürftigen werden. Andererseits sind ihre eigenen Rechte möglicherweise gefährdet.

63 Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration (2015), Auftaktveranstaltung am 03.03.2015: http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bundesregierung/BeauftragteFuerIntegration/gesundheitsaufbau/aufbau_node.html (Stand: 06.03.2015).

64 Einen Überblick geben Baykara-Krumme, Helen / Motel-Klingebiel, Andreas / Schimany, Peter (Hg.) (2012): *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland*, Wiesbaden.

65 Zeman, Peter (2005): *Ältere Migranten in Deutschland*, Expertise fürs BAMF, S. 64ff; BAGSO (2014): *Positionspapier zur Weiterentwicklung der Pflege*, Bonn, S. 3.

66 BMAS (2013): *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigung*, S. 365–380; http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2013-07-31-teilhabebericht.pdf;jsessionid=B39D6C61252EDDAD99D48E604A89F8EB?__blob=publicationFile (PDF, 4 MB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015).

67 Hinzu kommt, dass es aufgrund der systematischen Ermordung durch die Nationalsozialisten im zweiten Weltkrieg bisher weniger ältere Menschen mit Behinderung gab.

68 BMAS (2013): *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigung*, siehe Fußnote 66, S. 363.

Dies bezieht sich sowohl auf das professionell arbeitende Pflegepersonal im Heim oder bei ambulanten Pflegediensten als auch auf pflegende Angehörige oder anderen Personen, die Pflege im privaten Bereich übernehmen. Speziell die Rechte in der Arbeit (Art. 6 und 7 UN Sozialpakt) garantieren, dass eine Person in der Lage sein muss, ihren Lebensunterhalt von ihrem erwirtschafteten Einkommen auf einer Vollzeitstelle zu bestreiten (Art. 7 Sozialpakt). Dies scheint im derzeitigen System nicht immer gewährleistet,⁶⁹ bisher sind die Verdienstunterschiede noch sehr groß.⁷⁰ Die schrittweise Einführung des Mindestlohns soll die Situation allmählich verbessern: Der vereinbarte Mindestlohn für Pflegekräfte liegt knapp oberhalb des gesetzlichen Mindestlohns, wird bis 2017 stufenweise angehoben und soll dann im gesamten Bundesgebiet gelten.

Aufgrund der vielen Teilzeitstellen in der Pflegebranche – oft mit Familienpflichten und einer Belastung durch Schicht- und Nachtdienste verbunden – ist es für viele Pflegenden in der Praxis schwierig, ihren Lebensunterhalt von ihrem Verdienst zu bestreiten oder diesen durch andere Tätigkeiten aufzubessern. Hinzu kommt, dass die Ausbildung der Pflegekräfte derzeit noch nicht einheitlich als Ausbildung der Pflegeberufe gestaltet ist und Altenpfleger und Altenpflegerinnen meist weniger verdienen als Personen, die in der Krankenpflege tätig sind, obwohl die Anforderungen sich immer mehr angleichen.⁷¹ Es gibt die Möglichkeit, duale Studiengänge oder eine Ausbildung für Altenpflege zu absolvieren. Daneben sind angelernte Pflege-

helfer in der Altenpflege tätig. Diese Pflegehelfer werden durch die ausgebildeten Pflegekräfte angeleitet. Derzeit wird die Pflege von nur wenig Fachpersonal durchgeführt, aber eine gute Ausbildung der Pflegenden ist die Grundvoraussetzung für eine gute Pflege.⁷²

Die Arbeitsbedingungen in der Pflege müssen so gestaltet sein, dass sich für den Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin keine gesundheitlichen Nachteile ergeben.⁷³ Zum Recht auf sichere Arbeitsbedingungen gehört auch der Schutz vor Gewalt und sexuellen Übergriffen durch Pflegebedürftige.⁷⁴ Insbesondere Personen, die im informellen Sektor Pflegeaufgaben übernehmen, müssen vor Arbeitsausbeutung⁷⁵ und weiteren Rechtsverletzungen durch Pflegebedürftige und deren Angehörige geschützt werden.⁷⁶

Nach wie vor wird der Hauptanteil der Pflege von Angehörigen übernommen. Für Angehörige und andere Personen, die unentgeltlich zuhause pflegen, ist eine Vereinbarkeit von Beruf und Pflege absolut erforderlich. Nur so kann erreicht werden, dass ihr Recht auf Arbeit nicht unverhältnismäßig beeinträchtigt ist und ihnen kein unverhältnismäßiger Nachteil für ihre soziale Sicherheit speziell im höheren Lebensalter erwächst. Die Pflegenden müssen in der Lage sein, ihre eigene soziale Sicherheit für die Zukunft auch in Zeiten der Pflege sicherzustellen. Es gilt, den Anspruch von unentgeltlich Pflegenden auf ein Familienleben zu gewährleisten. Der Staat muss also ausreichend Unterstützung schaffen, sodass Pflegenden Zeit mit ihrer übrigen Familie verbringen können.⁷⁷

69 Bispinck, Reinhard / Dribbusch, Heiner / Öz, Fikret / Stoll, Evelyn (2012): Einkommen und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen, Arbeitspapier der Böckler Stiftung, Arbeitspapier 7, siehe Seite 25 Zufriedenheit mit der Bezahlung, http://www.boeckler.de/pdf/ta_lohnspiegel_pflegerberufe_2012.pdf (PDF, 595 KB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015); <http://www.altenpflege-online.net/Infopool/Nachrichten/Verdi-fordert-mehr-Geld-fuer-Pflegerkrafte> (Stand: 06.03.2015).

70 Zurzeit gelten noch Übergangsregeln, es besteht die Möglichkeit, entweder den vereinbarten Mindestlohn in der Pflege (derzeit im Westen 9,40 Euro und im Osten 8,65) zu zahlen oder weniger als 8,50 Euro, wenn es Mindestlohn-Tarifverträge gibt. Erst ab 2017 gilt der Mindestlohn dann im gesamten Bundesgebiet. Der Mindestlohn gilt bislang für Pflegerinnen und Pfleger sowie Pflegehilfskräfte. Ab Oktober 2015 erfolgt die Ausweitung auf Betreuungskräfte von Demenzzkranken sowie sogenannte Alltagsbegleiter und Assistenzkräfte. <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2014/11/2014-11-18-mindestlohn-in-der-pflege.html> (Stand: 06.03.2015).

71 Bogai, Dieter u.a. (2015), Viel Varianz, Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient, http://www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/2015-01-27_Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegerberufe.pdf (PDF, 1 MB) (Stand: 06.03.2015).

72 Der vierte Qualitätsbericht des MDS hat festgestellt, dass dort, wo qualifizierte Pflege erbracht wird, auch die Ergebnisqualität stimmt, siehe Fußnote 33.

73 Bispinck, Reinhard / Dribbusch, Heiner / Öz, Fikret / Stoll, Evelyn (2012): Einkommen und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen, Arbeitspapier der Böckler Stiftung, siehe Fußnote 69.

74 Gewalt von Seiten der Pflegenden wird oft von Menschen mit Demenz berichtet. Dies löst Überforderung aus und daraus resultieren vermehrt Übergriffe des angegriffenen Pflegepersonals. Mit weiteren Nachweisen siehe: Rabold, Susann / Görgen, Thomas (2013): Abuse and neglect of older care recipients in domestic settings, siehe Fußnote 39, S. 135–136.

75 Rabe, Heike / Kamp, Manuela (2012): Arbeitsausbeutung und Menschenhandel, 2. Auflage, Berlin, S. 13–14. http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/handreichung_arbeitsausbeutung_und_menschenhandel.pdf (PDF, 1,2 MB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015); BMAS (2011): Studie Entwicklung tragfähiger Entwicklungsstrukturen für die Betroffenen von Menschenhandel zur Arbeitsausbeutung, S. 61ff. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/studie-menschenhandel.pdf?__blob=publicationFile (PDF, 8,1 MB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015).

76 Kesselheim, Harald u.a. (2013): Pflege zwischen Familie, Markt und Staat, Positionspapier im Auftrag der Friedrich Ebert Stiftung, Kapitel 3 geht auf die Problemlagen ein.

77 Dies gilt insbesondere für informelle, sogenannte 24 Stunden Pflegekräfte, diese sehen ihre Familien oft über längere Zeiträume nicht. Klie, Thomas (2014): Wen kümmern die Alten?, siehe Fußnote 22, S. 50ff.

Verfügbare Entlastungsangebote werden oft nicht wahrgenommen – ob aus Unwissenheit, mangelnden Informationen oder, weil die Angebote nicht die Bedürfnisse der Pflegenden abdecken, ist nicht erkennbar. Aussagekräftige Untersuchungen hierüber wären wünschenswert.⁷⁸ Dass die Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige in der Pflege noch nicht ausreichend wahrgenommen werden⁷⁹, kann außerdem zu Gesundheitsbeeinträchtigungen führen⁸⁰ und damit auch das Recht der unentgeltlich Pflegenden auf Gesundheit verletzen.

4 Pflegepolitische Entwicklungen in Deutschland

Im Folgenden werden die pflegepolitischen Entwicklungen des vergangenen Jahrzehnts dargestellt und bewertet.

Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Die 2005 verabschiedete Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (Pflegecharta) wurde in einem konsultativen Prozess erarbeitet⁸¹ und vielfach begrüßt. Sie enthält eine Präambel und acht Artikel, die zentrale Themen und Lebensbereiche umfassen.⁸² (Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe, Artikel 2: Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit, Artikel 3: Privatheit, Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung, Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung, Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft, Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung, Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod.) Die Charta ist ein unverbindliches Instrument geblieben, das in einigen Pilotprojekten⁸³ zu gu-

ten Erfolgen geführt⁸⁴, aber keine flächendeckenden Verbesserungen hergestellt hat. Die Charta hat keinen verbindlichen Rahmen für die Leistungen der Pflegekassen und Aufsichtsbehörden geschaffen. Ihr Ziel war es, für die Leistungserbringer – Pfleger in Heimen und mobilen Diensten – eine Orientierungshilfe zur Verfügung zu stellen, um zu verdeutlichen, welche menschenrechtlichen Grundlagen es in der Pflege zu berücksichtigen gibt. Zur Verbreitung der Charta wurden Schulungsmaterialien erstellt, die kostenlos zur Verfügung gestellt werden.⁸⁵ 2012 endete die aktive Arbeit zur Umsetzung der Pflegecharta von Seiten des zuständigen Ministeriums.⁸⁶ Es gibt keine aktuelle Information darüber, inwieweit die Pflegecharta in Einrichtungen und Pflegediensten angewandt wird.⁸⁷

Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 wurde die häusliche Pflege gestärkt. Der Bundesgesetzgeber hat im Zuge dieser Reform die zusätzlichen Betreuungsleistungen erhöht. Mit der Novelle wurde die Möglichkeit eingeführt, Beschäftigten die häusliche Pflege von nahen Angehörigen zu erleichtern und damit die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu verbessern. Konkret räumt das Gesetz Beschäftigten bei einer akut auftretenden Pflegesituation das Recht ein, der Arbeit bis zu zehn Arbeitstage fernzubleiben. In dieser Reform wurde auch der Rechtsanspruch auf individuelle Pflegeberatung verankert. Die Zielgruppe von Menschen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen, speziell Personen mit Demenz, wurde mit diesem Gesetz in den Blick genommen.

Eine Evaluation stellte fest, dass das Gesetz durch die Erhöhung der Leistungen und die neuen Bedarfssituationen Verbesserungen für die häusliche Pflege gebracht hat. Das Manko: Die Beratung zur Pflege werde

78 Die Angehörigen nehmen die Entlastungsangebote nicht ausreichend wahr, obwohl sie über hohe Belastung klagen. ZQP (2012): Entwicklung und Erprobung eines Assessment-Instruments für die Pflegeberatung, <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00159/attachment00.pdf> (PDF, 279 KB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015);

79 Klie, Thomas (2014): Wen kümmern die Alten?, siehe Fußnote 22, S. 55ff.

80 Bei den Angehörigen gibt es ein hohes Ausmaß an Depressionen. Siehe: Zank, Susanne / Hedtke-Becker, Astrid (2008): Generationen in Familie und Gesellschaft im demografischen Wandel, Europäische Perspektive.

81 Hackler, Dieter (2009): Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Chancen und Grenzen. In: Fix / Kurzke-Maasmeier (Hg.): Das Menschenrecht auf gute Pflege, Freiburg i.B., S. 21-32.

82 <http://www.pflege-charta.de/startseite/> (Stand: 06.03.2015).

83 DZA Servicestelle Pflege Charta (2010): Umsetzung der Pflege-Charta in der ambulanten Altenpflege, Benchmarkingprojekt mit ambulanten Pflegediensten, Berlin.

84 Hier finden Sie Hinweise zu Umsetzungsprojekten der Pflegecharta; <http://www.pflege-charta.de/de/umsetzung-der-pflege-charta.html> (Stand: 06.03.2015).

85 <http://www.pflege-charta-arbeitshilfe.de/startseite.html> (Stand: 06.03.2015).

86 Bis 2012 war die Geschäftsstelle des DZA zur Umsetzung der Pflegecharta aktiv und hat Deutschland auch im EU Projekt WEDO vertreten, wo es um die Verbesserung der Qualität in der Langzeitpflege ging.

87 Selbst über das Infotelefon zur Pflegecharta des zuständigen Ministeriums konnte bei mehrmaligen Versuchen keine Auskunft erhalten werden (Telefonnummer auf der Homepage <http://www.pflege-charta.de/>).

wenig in Anspruch genommen. Das Fazit bezogen auf die Pflegedienste: Sie erachten die finanziellen Entschädigungen für zu gering und den bürokratische Aufwand für zu hoch. Für den vollstationären Bereich wurden Impulse zur Verbesserung der Pflegequalität berichtet. Bezogen auf die Personalsituation wurden die neueingeführten Betreuungskräfte als Entlastung für die Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erwähnt. Die nachhaltige Finanzierung der erforderlichen Pflegeinfrastruktur bezogen auf zukünftiges qualifiziertes Personal scheint aus Sicht der Heime nach wie vor ungelöst.⁸⁸ Die Evaluation zeigt: Durch die Novelle wurden Verbesserungen erreicht, dennoch sind einzelne Defizite aus menschenrechtlicher Sicht noch nicht angegangen worden. Speziell bei den Informationen über die Rechte in der Pflege gibt es Verbesserungsbedarf, ebenso scheint es dringend angezeigt, sich erneut mit dem künftigen Personalbedarf und einer ausreichenden Entlohnung zu befassen.

Demografiestrategie des Bundesministeriums des Inneren

Von 2009 bis 2012 hat das Bundesministerium des Inneren mit weitreichender Beteiligung anderer Ressorts und der Zivilgesellschaft eine Demografiestrategie⁸⁹ entwickelt, um auf den demografischen Wandel zu reagieren.⁹⁰ Unter „Ziele und strategische Maßnahmen“ hat sich die Bundesregierung in ihrer Demografiestrategie auch mit dem Bereich Pflege für Ältere auseinandergesetzt und Schwerpunktmaßnahmen benannt.

Eine Maßnahme ist die Erarbeitung eines langfristigen strategischen Konzepts für das selbstbestimmte Altern und die Entwicklung von Eckpunkten. Hierunter fällt das selbstbestimmte Wohnen im vertrauten Umfeld, das dem Wunsch vieler älterer Menschen Rechnung tragen soll, auch mit eingeschränkter Mobilität und Beeinträchtigungen in ihrer Wohnung zu verbleiben. Benannt wurden außerdem gute kommunale Struktu-

ren für ein selbstbestimmtes Alter einschließlich der Betreuung und Pflege durch ein Konzept der sorgenden Gemeinschaft, was die Mitverantwortung aller Bürgerinnen und Bürger einschließt. Das Engagement der Kommunen wurde hervorgehoben sowie die Sicherung von integrierten Anlaufstellen, Mehrgenerationenhäusern und das Prüfen von zeitbankbasierten Modellen, um neue Möglichkeiten zur Unterstützung in der Pflege zu ermöglichen. Als letzten zentralen Punkt nennt das Demografiekonzept die Neuausrichtung der Pflegeversicherung einschließlich der Erneuerung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Nationale Allianz für Menschen mit Demenz. Den Abschluss bildet der Eckpunkt, die Pflegeberufe zukunftsgerecht weiter zu entwickeln und ein Pflegeberufsgesetz zu entwerfen.

Die Demografiestrategie wird bis zu den Demografiepfeln im September 2015 und im Frühjahr 2017 durch Einbeziehung der Ergebnisse der Arbeitsgruppenprozesse weiterentwickelt werden.⁹¹ Berichte zur bisherigen Umsetzung der Strategie liegen noch nicht vor.

Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

In der 17. Legislaturperiode wurde ein Expertenbeirat mit der Ausarbeitung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beauftragt. Das Gutachten erschien 2013⁹², aber die notwendigen Schritte zur Umsetzung der Empfehlungen stehen noch aus. Zentrale Punkte der Empfehlungen sind die klare Definition wer von den neuen Pflegegraden erfasst ist und ein neues Begutachtungsverfahren zur Pflegebedürftigkeit.

Entbürokratisierung der Pflege

Die 2011 eingeführte Ombudsstelle zur Entbürokratisierung der Pflege⁹³ hat sich unter anderem mit der Vereinfachung der Pflegedokumentation auseinandergesetzt. 2013 legte die Ombudsfrau Elisabeth Beikirch ein Papier zur Entbürokratisierung der Pflege mit

88 BMG (2011): Abschlussbericht zur Studie „Weiterentwicklung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“.

89 Die Demografiestrategie trägt den Titel: Jedes Alter zählt, http://www.bmi.bund.de/DE/Themen/Gesellschaft-Verfassung/Demografie/Demografiestrategie/demografiestrategie_node.html?sessionid=46143AF6791E25C8035C30402D1DBB85.2_cid295 (Stand: 06.03.2015).

90 Überblick über die Arbeitsgruppen und Kongresse: http://www.demografie-portal.de/DE/Informieren/Dialogprozess/Dialogprozess_node.html (Stand: 06.03.2015).

91 Demografiestrategie der Bundesregierung, <http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/BerichteKonzepte/Bund/Demografiestrategie/Inhalt.html> (Stand: 06.03.2015).

92 Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2013), http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf (PDF, 2,4 MB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015).

93 Elisabeth Beikirch hat seit 2011 diese Funktion inne.

Vorschlägen für eine Reform des Pflegeneuaustrichtungsgesetzes vor.⁹⁴ Zu diesem Vorstoß kam es, weil die Dokumentation bereits seit vielen Jahren als zu umfangreich gilt und den Pflegefachkräften Zeit für die aktive Pflege raubt. Aus menschenrechtlicher Sicht muss allerdings sichergestellt werden, dass eine vereinfachte Dokumentation ausreichend Schutz für Pflegebedürftige und Pflegenden sowie Transparenz für die Kontrollinstanzen bietet. Auch bei einer Vereinfachung der Dokumentation⁹⁵ muss gute Pflege und die Überprüfung ihrer Qualität gewährleistet sein: durch eine ausreichend transparente und nachvollziehbare Dokumentation der Behandlung von Pflegebedürftigen.

Pflegeneuaustrichtungsgesetz

2012 wurde das Pflegeneuaustrichtungsgesetz⁹⁶ eingeführt⁹⁷, das zur Stärkung der häuslichen Pflege beigetragen hat. Eine Neuerung war die Einführung der Pflegestufe 0, um Hilfen für demenziell erkrankte Personen zu ermöglichen. Mit dem Pflegeneuaustrichtungsgesetz (§ 114 Abs. 3 SGB XI) ist außerdem der Versuch gestartet worden, die Prüfung und Kontrolle von Pflegeeinrichtungen und -diensten effektiver zu gestalten.⁹⁸ Hierzu wurden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, vor der Beauftragung einer Regelprüfung Prüfinhalte von bereits nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren zu berücksichtigen und so Doppelungen zu vermeiden. Die Akteure können Vereinbarungen auf Landesebene treffen. Eine Verringerung der Kontrolldichte ohne Verbesserung der Kontrollqualität erscheint bezogen auf den Schutz der zu Pflegenden und des Personals nicht zielführend.

Seit 2013 müssen die jährlich durchzuführenden Qualitätsprüfungen der ambulanten Pflegeeinrichtungen gemäß § 114a Abs. 1 SGB XI einen Tag vorher ange-

kündigt werden, um die Effektivität der Prüfung zu steigern. Diese Maßnahme soll Wartezeiten der Prüfungsteams verkürzen und die Organisation der Pflegedienste entlasten. Bei allen Kontrollgremien im Bereich der Menschenrechte wird hingegen der unangekündigte Besuch durch die Mitglieder des CPT⁹⁹ als besonders wirkungsvoll angesehen, da angezweifelt wird, dass angekündigte Kontrollen ebenso effektiv sind.

Koalitionsvertrag

Der Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode enthält Vereinbarungen zur Pflegepolitik.¹⁰⁰ Demnach soll die Pflegereform vorangetrieben werden. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit soll klären, wie die Rolle der Kommunen bei der Pflege weiter gestärkt und ausgebaut werden kann. Die Stärkung der Sozialräume in den Kommunen soll auch durch städteplanerische Instrumente vorangetrieben werden, sodass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrer Umgebung bleiben können.

Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung

Im Januar 2014 wurde das Amt eines neuen Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege im Bundesministerium für Gesundheit geschaffen.¹⁰¹ Der Pflegebevollmächtigte soll sich neben den Belangen der Pflegebedürftigen auch für die Angehörigen und die Pflegekräfte einsetzen. Im Fokus seiner Tätigkeit steht die Umsetzung der Qualitätssicherung in der Pflege. Weitere Aufgaben sind die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte sowie die Teilhabe Pflegebedürftiger und der pflegenden Angehörigen.

94 Ombudsfrau Beikirch, Elisabeth (2013): Entbürokratisierung der Pflege, Kommunikation von Entbürokratisierungsmaßnahmen im PNG und Überblick. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/130319_Kommunikation_Beikirch-PNG_kurz.pdf (PDF, 43 KB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015).

95 In einem Praxistest mit wissenschaftlicher Beratung zu einzelnen Themen, beispielsweise Haftungsfragen, wurde im April 2014 ein Abschlussbericht vorgelegt, dessen Erkenntnisse auch in die Pflegereform einfließen sollen. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/Abschlussbericht_und_Anlagen_fin20140415_sicher.pdf (PDF, 1,5 MB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015).

96 Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung, BGBl. I 51/2012, 23.10.2012.

97 Reimer, Sonja (2013): Überblick über die Änderungen durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz, SGB04/13, S. 193-199.

98 ZQP (2014): Bürokratie in der Pflege, http://www.zqp.de/index.php?pn=care&tid=135&page_id=2 (Stand: 06.03.2015).

99 Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), <http://www.cpt.coe.int/german.htm> (Stand: 06.03.2015).

100 Deutschlands Zukunft gestalten, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode, Kapitel Gesundheit und Pflege, S. 53-62, S. 59-62. <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf> (PDF, 1,7 MB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015).

101 Karl Josef Laumann hat das Amt derzeit inne. <http://www.patientenbeauftragter.de/index.php/der-beauftragte> (Stand: 06.03.2015). Die Doppelfunktion des Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten wurde im Januar 2014, das Amt des Patientenbeauftragten 2004 neu geschaffen.

Pflegestärkungsgesetz

Im Januar 2015 ist das fünfte Gesetz zur Änderung des Elften Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (1. Pflegestärkungsgesetz) in Kraft getreten¹⁰², der erste Teil der Pflegereform durch den neuen Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe. Die lange geforderte Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde verschoben und soll erst durch das zweite geplante Pflegestärkungsgesetz erfolgen. Ziel des ersten Pflegestärkungsgesetzes ist die Unterstützung von pflegenden Angehörigen.¹⁰³ Dies soll durch mehr Unterstützungsleistungen wie die Kurzzeit-, Verhinderungs-¹⁰⁴, Tages- und Nachtpflege geschehen. Außerdem sollen die Unterstützungsleistungen in Zukunft besser miteinander kombiniert werden können. Menschen in der Pflegestufe 0 (vor allem Demenzerkrankte) erhalten erstmals Anspruch auf Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege.

Mit dem neuen Gesetz werden zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen eingeführt, etwa für Hilfe im Haushalt oder Alltagsbegleiter und ehrenamtliche Helfer. Diese niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote können künftig auch anstelle eines Teils der Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden. Die Zuschüsse für Pflegehilfsmittel des täglichen Verbrauchs steigen. Auch der Zuschussbetrag bei Umbaumaßnahmen für barrierefreies Wohnen und Umbaumaßnahmen für Wohngemeinschaften wurde erhöht. Mit diesen Maßnahmen soll das Wohnen in der vertrauten Umgebung gefördert werden.

Flankierend dazu wird eine Aufstockung der Betreuungskräfte angekündigt. Die Zahl der Betreuungskräfte in den Pflegeheimen soll von deutschlandweit bisher 25.000 auf bis zu 45.000 erhöht werden. Die Maßnahme zielt darauf ab, den Pflegealltag und die Qualität der Versorgung in den Heimen und auch den Alltag der Pflegekräfte zu verbessern.

Zur Finanzierung der verbesserten Leistungen werden die Beiträge zur Pflegeversicherung angehoben: am 1. Januar 2015 um 0,3 Prozentpunkte und im Laufe der Wahlperiode um weitere 0,2 Prozentpunkte.¹⁰⁵ Durch die Erhöhung der Mittel sollen die Leistungen der Pflegeversicherung um 20 Prozent erweitert werden. Zudem wird ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet¹⁰⁶, der ab 2035 zur Stabilisierung des Beitragssatzes genutzt werden soll.

5 Umsetzung früherer Empfehlungen des Deutschen Instituts für Menschenrechte

Im Jahr 2006 hatte das Institut eine Reihe von Empfehlungen zur Verbesserung der Menschenrechtslage für Pflegebedürftige in Deutschland ausgesprochen. Die dargestellten Reformen lassen erkennen: Bisher wurden die Menschenrechte und ihre Prinzipien lediglich punktuell in die Reformen aufgenommen. Der Menschenrechtsansatz hat an nur wenigen Stellen in die Pflege Einzug gehalten. Die Umsetzung ausgewählter Empfehlungen wird im Folgenden bewertet.

Qualität und Kontrolle von Pflegeeinrichtungen und -diensten

Die Beseitigung struktureller Mängel ist nicht ausreichend verbessert worden, da die ergriffenen gesetzlichen Maßnahmen nicht weitreichend genug waren. Die Kritik an der Regelung zur Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) im Pflegeweiterentwicklungsgesetz reißt nicht ab.¹⁰⁷ Insbesondere die Dichte und Effektivität von Kontrollen bleibt problematisch. Eingeführt wurde der sogenannten Pflege-TÜV, um die Qualitätsentwicklung und -sicherung in der ambulanten und stationären Pflege für den Verbraucher transparent zu machen. Die jährlichen Prüfungen werden durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder den Prüfdienst der privaten

¹⁰² Die Leistungen im Einzelnen sind auf der Webseite des BMG ausführlich dargestellt: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Tabellen_Pflegeleistungen_BRat_071114.pdf (PDF, 834 KB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015).

¹⁰³ Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf soll durch Lohnersatzzahlungen erleichtert werden. Bei kurzfristiger unangekündigter Pflege eines Angehörigen soll künftig eine Lohnersatzleistung für eine zehntägige bezahlte Auszeit vom Beruf, vergleichbar dem Kinderkrankengeld, möglich sein. Die Lohnersatzleistung wird in einem separaten Gesetz geregelt, das ebenfalls am 1.1.2015 in Kraft treten soll.

¹⁰⁴ Die Verhinderungspflege ist beispielsweise die Urlaubsvertretung für die pflegende Angehörige. Weiter Begriffserklärungen siehe <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/leistungen/ambulante-pflege/urlaubsvertretung-verhinderungspflege.html> (Stand: 06.03.2015).

¹⁰⁵ Dies soll fünf Milliarden Euro mehr für die Pflegeversicherung bringen.

¹⁰⁶ Der Pflegefond wird aus Einnahmen aus 0,1 Beitragssatzpunkten gespeist, dies entspricht ca. 1,2 Mrd. Euro jährlich.

¹⁰⁷ Hierzu beispielsweise kritische Urteile vom Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, L 27 P 18/10 B ER, 11. Mai 2010; Sozialgericht Halle, S 9 P 32/10 ER, 27. Juli 2010 und Sozialgericht Münster, S 6 P 111/10, 20. August 2010 sowie die Kritik der Diakonie durch die gutachterliche Stellungnahme von Bonato, Marcellus (2010): http://www.diakonie-owl.de/cms/media/pdf/arbeitsbereiche/leben_im_alter/stationaere_altenpflege/positionen/20100506Gutachten-Pflegenoten_DiakonieRWL.pdf (PDF, 132 KB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015).

Krankenversicherung (PKV) durchgeführt. Die geprüften Einrichtungen erhalten fast durchgängig beste Beurteilungen. Allerdings sind die Prüfkriterien bislang nicht an Menschenrechten und menschenrechtlichen Prinzipien orientiert¹⁰⁸ und die Prüfergebnisse daher nicht aussagekräftig. Die menschenrechtlich gebotene Kontrolle ist durch den Pflege-TÜV folglich noch nicht gegeben. Auch die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Entbürokratisierung müssen geeignet sein, die Prüfung nach wie vor ausreichend, präventiv, transparent und nachvollziehbar zu gestalten.

Den Schutz für Menschen in Pflege vor Misshandlung und unmenschlicher Behandlung zu erhöhen, muss auch durch bessere Kontrollen gewährleistet werden. Hierfür hat Deutschland bereits ein menschenrechtliches Monitoring-Gremium eingeführt, die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter. Aufgrund ihrer selbst nach Aufstockung des Etats viel zu geringen Mittel und Ressourcen kann diese ihre Aufgabe jedoch nicht ausreichend erfüllen.¹⁰⁹ Das Menschenrecht auf Zugang zum Recht gebietet es, Beschwerdestellen einzurichten, die wirksamen Rechtsschutz gewähren und auch für Bewohner in Pflegeheimen barrierefrei zugänglich sind.

Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen wurde im Bundesgebiet nicht systematisch umgesetzt. Sie wurde in Einzelprojekten erfolgreich zur Qualitätssteigerung erprobt¹¹⁰, eine aktive Unterstützung durch die Geschäftsstelle der Pflegecharta war jedoch nur von 2009 bis 2012 vorgesehen. Ob die Schulungsmaterialien noch angewandt werden und dies zu einem Umdenken in den Einrichtungen führen kann, ist nicht ersichtlich. Die Chance einer bundesweiten Umsetzung der Charta als einem ersten Schritt

hin zu einem Paradigmenwechsel wurde verpasst. Obwohl über die tatsächliche Anwendung der Pflegecharta kaum Nachweise zu finden sind, wird diese im internationalen Kontext nach wie vor als Best Practice Beispiel angeführt.¹¹¹

Diversität des Pflegeangebots

Die Älteren werden immer vielfältiger und die Pflegeangebote müssen sich diesen Bedingungen anpassen. Derzeit scheint das Angebot in den großen Städten auf die diversen Anforderungen der Pflegebedürftigen auch in besonders verletzlichen Lebenslagen besser einzugehen. In ländlichen Gegenden hingegen müssen die diversen Angebote noch weiter erhöht werden.¹¹²

Beratung

Durch die Einführung der Pflegestützpunkte ist in der örtlichen Pflegeberatungslandschaft eine deutliche Verbesserung geschaffen worden.¹¹³ Die Information für Betroffene und Angehörige aus einer Hand und deren informierte Partizipation an der aktiven Gestaltung der Pflege hat sich damit verbessert. Ob diese Information und Beratung aus einer Hand durch die Flexibilisierung des Beratungssystems nach Einführung des Pflegestärkungsgesetzes auch in Zukunft noch gegeben sein wird, wird die Praxis erweisen. Bisher ist festzustellen, dass der Anspruch auf Pflegeberatung noch nicht ausreichend bekannt ist und dass daher längst nicht alle Betroffenen die ihnen zustehende Beratung voll in Anspruch nehmen.¹¹⁴

Abbau von Gefährdungslagen und Stärkung der Menschenrechte in der Pflege

Nach wie vor werden vielfach Übergriffe, Misshandlungen und erniedrigende Behandlungen aus Heimen

108 Ausführlich hierzu u.a. die Kritik der Diakonie durch die gutachterliche Stellungnahme von Marcellus Bonato (2010), siehe Fußnote 107; Antrag der Fraktion von Bündnis 90/Grünen Pflege-TÜV hat versagt – Jetzt echte Transparenz schaffen: Pflegenoten aussetzen und Ergebnisqualität voranbringen, Drucksache 17/13760 vom 5.6.2013.

109 Follmar-Otto, Petra (2014): Verhinderung von Folter und Misshandlung – kein Thema für Deutschland? aktuell 4, Berlin.

110 Die Schulungsmaterialien können nach wie vor kostenlos auf den Seiten des BMFSFJ bezogen werden: <http://www.pflege-charta-arbeitshilfe.de/startseite.html> (Stand: 06.03.2015).

111 Auf der Webseite des WeDo-Projekts wird die Pflegecharta als gutes Beispiel angeführt: http://www.wedo-partnership.eu/good-practices?field_gp_key_princ_value=All&field_gp_country_nid=79 (Stand: 06.03.2015).

112 Vgl. den Absatz „Diskriminierungsfreiheit und Inklusion“ in Kapitel 3.4.

113 GKV Spitzenverband der Pflegekassen (2011): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7 a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Die Pflegestützpunkte wurden in vielen Ländern untersucht, beispielsweise in Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg und Universität Hamburg (2011), Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte, Abschlussbericht, <http://www.hamburg.de/contentblob/2857602/data/abschlussbericht-pflegestuetzpunkte-2011-03.pdf> (PDF, 2,6 MB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015).

114 Kuratorium Deutsche Altershilfe (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung, Kurzfassung des Abschlussberichtes http://www.werkstatt-pflegestuetzpunkte.de/tl_files/werkstatt_pflegestuetzpunkte/PDF%20Dateien/2010-PSP-Abschlussbericht_Kurzfassung.pdf (PDF, 1,3 MB, nicht barrierefrei) (Stand: 06.03.2015). Ähnlich auch Zentrum für Qualität in der Pflege (2012): Entwicklung und Erprobung eines Assessment-Instruments für die Pflegeberatung, Kurzfassung des Abschlussberichts <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00159/attachment00.pdf> (PDF, 279 KB, nicht barrierefrei). (Stand: 06.03.2015).

berichtet. Zwar gab es in einigen Bereichen wie Dekubitusprophylaxe und Fixierungen geringe Verbesserungen¹¹⁵, aber noch immer kann man von strukturellen Verletzungsrisiken in der Pflege sprechen¹¹⁶: Die Verbesserungen waren gering, freiheitsentziehende Maßnahmen¹¹⁷ werden noch immer ohne Einwilligung oder Genehmigungen vorgenommen.¹¹⁸ Im 4. Bericht des MDS wurde festgestellt, dass die Flüssigkeitszufuhr noch nicht ausreichend ist und dass Windeln ausgegeben werden, obwohl dies nicht notwendig wäre.¹¹⁹ In diesem Bereich ist von Seiten des Staates zu gewährleisten, dass künftig funktionierende Strukturen aufgebaut werden.

Den ebenfalls von den UN-Vertragsüberwachungsgremien angemahnten Missständen soll durch bessere personelle Struktur in den Heimen und durch die Entlastung von Pflegenden entgegengesteuert werden. Die Entwicklungen in diesem Bereich waren in den letzten zehn Jahren schleppend. Das Thema wurde in der Politik immer wieder diskutiert und von den zuständigen Ministern auf die Agenda gesetzt. Bisher ist noch nicht ersichtlich, inwieweit mit den neu entwickelten Maßnahmen wie Verhinderungspflege, Verbesserung des Personalschlüssels und zusätzliche Betreuungskräfte auf eine diskriminierungsfreie Pflege und Gewaltprävention eingegangen wird.

Die Empfehlung, die Revidierte Europäische Sozialcharta zu ratifizieren und umzusetzen, hat die Politik bislang nicht aufgenommen. Die menschenrechtliche Forderung, die Rechtsposition des Einzelnen in der Pflege zu stärken, ist in einigen Punkten durch das erst kürzlich erlassene Pflegestärkungsgesetz umgesetzt worden. Menschenrechtliche Vorgaben wie die Stärkung der Autonomie durch Unterstützung bei baulichen Maßnahmen sind aufgegriffen. Dennoch müssen hilfe- und pflegebedürftige Menschen als Rechtsträger mehr in den Mittelpunkt rücken und ihre Rechte als Ausgangspunkt gesehen werden. Die Flexibilisierung der Hilfen scheint ein erster Schritt zu sein, ob dieses Zusammenspiel gelingt, muss die Praxis erst zeigen. Dabei muss die Beantragung der Hilfen transparent gestaltet und durch ausreichend Information und Aufklärung flankiert werden, damit

hilfe- und pflegebedürftige Menschen diese auch nutzen können.¹²⁰

Fazit der genannten Problemlagen aus menschenrechtlicher Sicht im Bereich der Pflege: Im nationalen Recht und in der Praxis sind die bestehenden menschenrechtlichen Verpflichtungen immer noch nicht ausreichend umgesetzt worden.

6 Empfehlungen

Die bislang umgesetzten Pflegereformen haben keine flächendeckende Ausrichtung an den Menschenrechten und menschenrechtlichen Prinzipien gebracht. Im Bereich der Pflege bestehen nach wie vor strukturelle Mängel und menschenrechtliche Defizite, insbesondere bei der Festlegung der Qualitätskriterien in der Pflege und bei wirksamen Qualitätskontrollen. Die folgenden Empfehlungen zielen darauf ab, die Verwirklichung der Menschenrechte für Pflegebedürftige und Pflegende weiter voranzutreiben.

Qualitätssicherung und Kontrolle

Das Deutsche Institut für Menschenrechte empfiehlt

- 1 der Bundesregierung, die Qualitätssicherung und Prüfung des MDS im Pflegegesetz (SGB XI) an menschenrechtlichen Kriterien auszurichten und den Ländern, menschenrechtliche Normen für die Heimaufsichten in ihren Landesgesetzen zu verankern.
- 2 der Bundesregierung und den Ländern, unabhängige und barrierefreie Beschwerdestellen einzurichten, an die sich Pflegebedürftige und Angehörige bei Missständen in der Pflege wenden können.
- 3 der Bundesregierung, die Effektivität der gesetzlichen Kontrollen für die häusliche Pflege zu verbessern – insbesondere im Bereich des Pflegeversicherung- und Betreuungsrechts – und gesetzliche Grundlagen für eine hilfeorientierte Intervention zu schaffen.

115 4. Pflege- und Qualitätsbericht des MDS (2015), siehe Fußnote 33, S. 8f.

116 Moritz, Susanne (2013): Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen, siehe Fußnote 25, S. 50 ff. und S. 214.

117 Gehring-Vorbeck, Tamara (2013): Freiheitsentziehende Maßnahmen, Menschenrechte und Ethische Prinzipien in der Pflege, Pflege Leben, S. 17–19.

118 Bei 91,9% liegen die erforderlichen Einwilligungen oder Bewilligungen vor. 4. Pflege- und Qualitätsbericht des MDS (2015), siehe Fußnote 33, S. 9.

119 Siehe 4. Pflege- und Qualitätsbericht des MDS (2015), siehe Fußnote 33, S. 31f.

120 Kritisch hierzu: SoVD (2014): Stellungnahme zum Referentenentwurf zur Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegefonds – 5. SGB XI Änderungsgesetz. Unter Punkt 17 wird die Unübersichtlichkeit kritisiert.

- 4 Bund und Ländern, die Ausstattung der Nationalen Stelle zur Verhütung der Folter¹²¹ zu verbessern, damit sie ein System regelmäßiger unangekündigter Besuche zur Misshandlungsprävention in Pflegeheimen etablieren kann.

Vielfalt

Das Deutsche Institut für Menschenrechte empfiehlt

- 5 der Bundesregierung, insbesondere Menschen in besonders verletzlichen Lebenslagen bei Reformen in der Pflege mehr Beachtung zu schenken, da die flächendeckende Gewährleistung einer diskriminierungsfreien menschenwürdigen Versorgung noch nicht erreicht ist. Ländern und Kommunen wird empfohlen, Strukturen zum Ausbau einer gender- und kultursensiblen Pflege zu schaffen.
- 6 der Bundesregierung, auch die Betroffenen vermehrt und frühzeitig durch Konsultationen einzubeziehen: bei der Weiterentwicklung der Pflegegesetze, der praktischen Umsetzung, der Festlegung von Qualitäts- und Prüfkriterien, der Ausgestaltung der Ausbildung und Arbeitsbedingungen von Pflegekräften. Die Partizipation von Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und den Pflegenden ist notwendig, um ausgehend von den Menschenrechten jedes Einzelnen bedarfsgerechte Lösungen zu erstellen und einen menschenrechtlichen Ansatz in der Pflege zu verankern.

Pflegende

- 7 Das Deutsche Institut für Menschenrechte empfiehlt der Bundesregierung, die Rechte der Pflegenden vollumfänglich zu gewährleisten und entschieden gegen Arbeitsausbeutung vorzugehen.

Pflegeausbildung

Das Deutsche Institut für Menschenrechte empfiehlt

- 8 den Hochschulen und Berufsfachschulen, Menschenrechtsbildung als obligatorischen Bestandteil in die Pflegeausbildung zu integrieren.
- 9 dem Bund und den Ländern, geeignete Maßnahmen zur Aufwertung des Altenpflegeberufs zu ergreifen und beispielsweise die einheitliche Pflegeausbildung für Alten- und Krankenpflegeberufe umzusetzen, um die Berufe in der Altenpflege aufzuwerten.

Menschenrechtlicher Rahmen

- 10 Das Deutsche Institut für Menschenrechte fordert die Bundesregierung und den Bundestag auf, die menschenrechtlichen Vorgaben aus der UN - Behindertenrechtskonvention, die Empfehlungen zur Verbesserung der Menschenrechte der Älteren des Europarates zum Bereich der Pflege und die Empfehlungen der einzelnen Vertragsorgane zu berücksichtigen und in die Pflegereformen einzubeziehen.
- 11 Das Deutsche Institut für Menschenrechte empfiehlt der Bundesregierung und dem Parlament, zur Stärkung der Menschenrechte Älterer in der Pflege die Revidierte Europäische Sozialcharta zu ratifizieren und inhaltlich umzusetzen.

121 www.nationale-stelle.de (Stand: 06.03.2015)

Deutsches Institut für Menschenrechte

Zimmerstr. 26/27

10969 Berlin

Tel.: +49 (0)30 25 93 59 – 0

Fax: +49 (0)30 25 93 59 – 59

info@institut-fuer-menschenrechte.de